2022年4月27日

川崎市薬剤師会　令和4年度調剤報酬改定WEB説明会

令和4年度 調剤報酬改定と今後の取組み

神奈川県薬剤師会介護・医療保険委員会 担当理事
川崎市薬剤師会　常務理事
福嶋　　仁

1

調剤報酬改定の概要

１．　薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進
　ｉ）　薬局薬剤師業務の評価体系の見直し
　ii）　対人業務の評価の拡充
２．　薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し
３．　在宅業務の推進（調剤報酬）
４．　ICTの活用
５．　地方厚生局への届出と報告
６．　令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

2

令和４年度調剤報酬改定のポイント

薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

- **調剤業務の評価体系の見直し**
  - 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
  - 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
  - 複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設
- **服薬指導等業務の評価の見直し**
  - 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編
- **外来服薬支援に係る評価**
  - 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

- **糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充**
  - インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充
- **医療的ケア児に対する薬学的管理の評価**
  - 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設
- **入院時の持参薬整理の評価**
  - 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設
- **減薬提案に係る情報提供の評価の見直し**
  - 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し
- **同一薬局の利用推進**
  - かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
  - 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し
- **特別調剤基本料の見直し**
  - 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し
- **地域支援体制加算の要件及び評価の見直し**
  - 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
  - 災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設
- **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価**
  - 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
  - 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

- **緊急訪問の評価の拡充**
  - 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
  - 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
  - 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

ICTの活用

- **外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価**
  - 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し
- **外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価**
  - オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

3

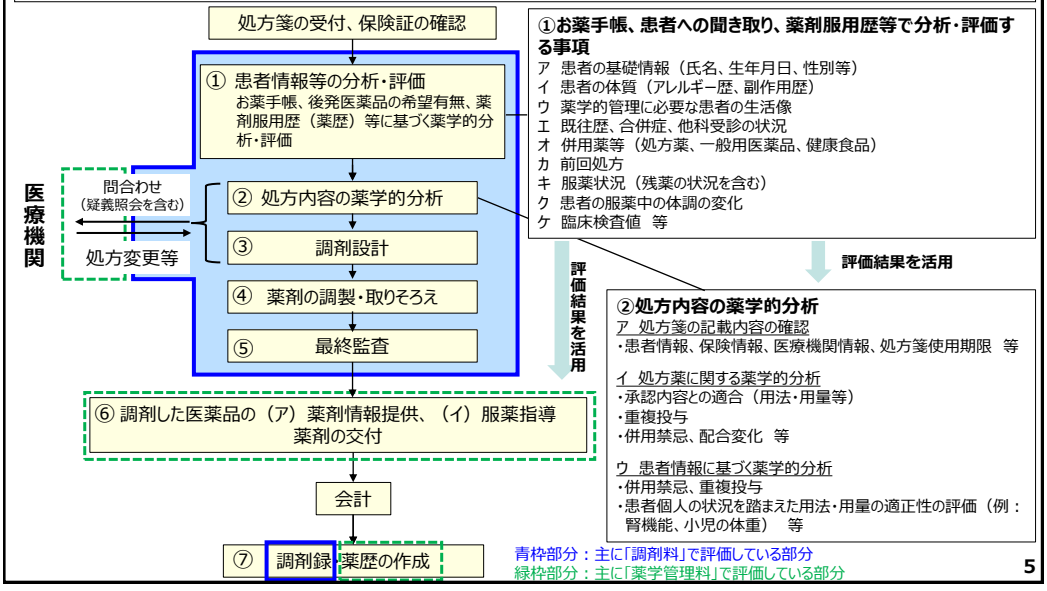
１．薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

ｉ）薬局薬剤師業務の評価体系の見直し

4

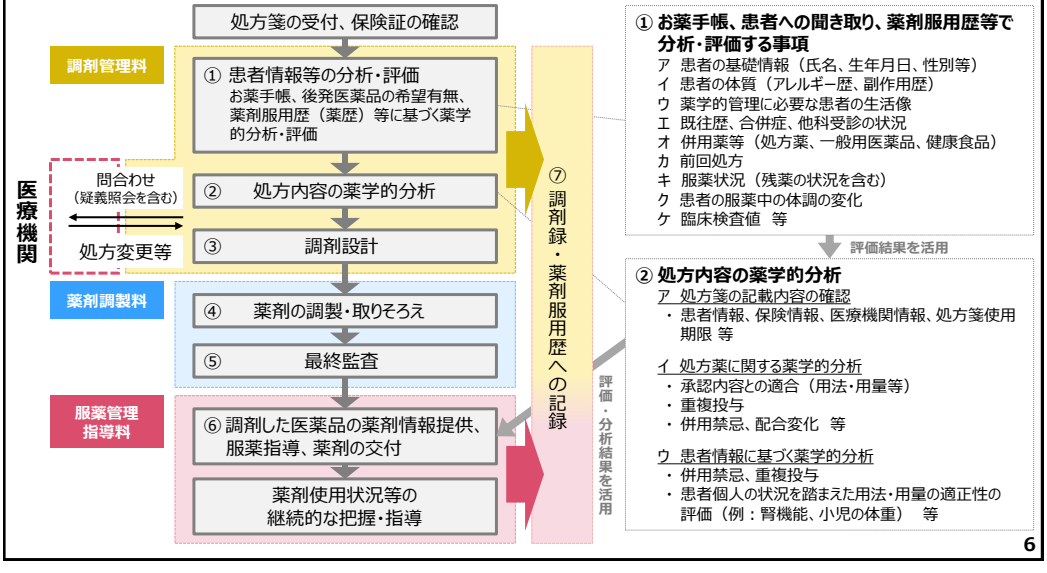
薬局での調剤業務の流れについて

○ 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。
○ このうち、①、②、③、⑥、⑦は、患者の状態や処方内容等に応じた薬剤師による薬学的判断を伴い、対人業務的な要素を含む。



薬局での調剤業務の流れについて（令和４年改定）

○ 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。
○ このうち、①、②、③は調剤管理料、④、⑤は薬剤調製料、⑥及びその後の継続的な指導等は服薬管理指導料で評価することとし、調剤管理料及び服薬管理指導料で実施した業務の内容は、調剤録・薬剤服用歴に記録する。

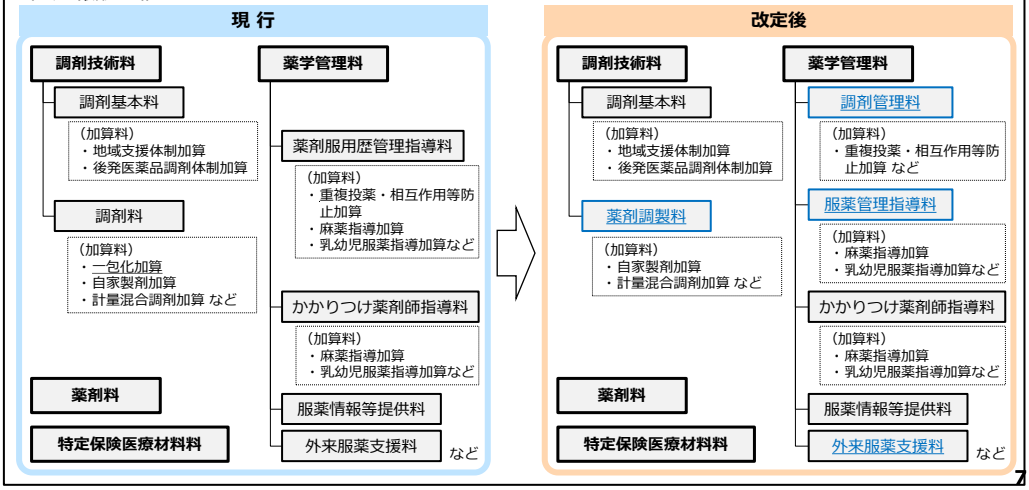


薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

- 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

＜調剤報酬の構成＞



薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

調剤料の見直し

- 調剤料を廃止し、これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価を新設する。
- 内服薬の調剤料について処方日数に応じた段階的な評価を見直す。

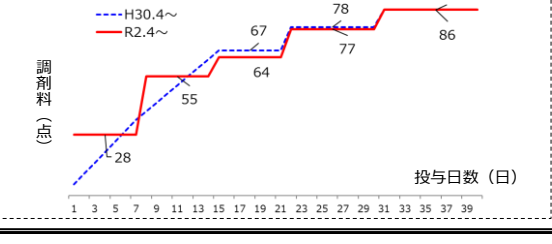
現 行

【調剤料】
1　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））
イ　７日分以下の場合　28点
ロ　８日分以上14日分以下の場合　55点
ハ　15日分以上21日分以下の場合　64点
ニ　22日分以上30日分以下の場合　77点
ホ　31日分以上の場合　86点
２～６　（略）

改定後

【薬剤調製料】
1　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点
２～６　（略）

（参考）調剤料（H30・R２改定時点）



薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

自家製剤加算の見直し

➢ 自家製剤加算について、錠剤を分割した場合の評価を見直す。

現 行

【自家製剤加算】
注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ　内服薬及び屯服薬
(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点
(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点
(3) 液剤　45点
ロ　（略）

改定後

【自家製剤加算】
注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合**又は錠剤を分割する場合**はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ　内服薬及び屯服薬
(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点
(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点
(3) 液剤　45点
ロ　（略）

【嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算】

問 11 薬価基準に収載されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、錠剤を分割する場合、嚥下困難者用製剤加算は算定可能か。

（答）不可。医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工する場合は算定可。

問 12 嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算について、それぞれどのような場合に算定できるのか。

（答）原則として、処方された用量に対応する剤形・規格があり、患者の服薬困難解消を目的として錠剤を砕く等剤形を加工する場合は嚥下困難者用製剤加算を算定でき、処方された用量に対応する剤形・規格がなく、医師の指示に基づき自家製剤を行う場合は自家製剤加算を算定できる。

問 13 自家製剤加算について、錠剤を分割する場合は、割線の有無にかかわらず、所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を算定するのか。

（答）そのとおり。

問 14 自家製剤加算における「同一剤形」の範囲は、どのように考えたらよいか。

（答）内服薬の下記の剤形については、それぞれ別剤形として取り扱うこと。その他については、内服薬及び外用薬における「同一剤形」の取扱いと同様である。なお、本取扱いは、内服薬に係る自家製剤加算における考え方であり、例えば、調剤時の後発医薬品への変更に関する剤形の範囲の取扱いとは異なることに留意すること。

○内用薬
① 錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
② 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤

（参考）
「薬価算定の基準について」（令和３年２月 10 日保発 0210 第３号）別表１

11

11

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－②

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- 調剤料を廃止し、これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

（新）　調剤管理料

１　内服薬（（浸煎薬及び湯薬を除く。）を調剤した場合（１剤につき）

イ　７日分以下の場合	**４点**
ロ　８日分以上14日分以下の場合	**２８点**
ハ　15日分以上28日分以下の場合	**５０点**
ニ　29日分以上の場合	**６０点**
２　１以外の場合	**４点**

［算定要件］
- 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
- １については、服用時点が同一である内服薬は、投薬日数にかかわらず、１剤として算定する。なお、４剤以上の部分については算定しない。

- 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の位置付けを見直す。

現 行	改定後
【重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料）】 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　４０点 ロ　残薬調整に係るものの場合　３０点	【重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）】 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　４０点 ロ　残薬調整に係るものの場合　３０点

12

12

【調剤管理料】

問 15 調剤管理料における「内服薬」に、浸煎薬及び湯薬は含まれないのか。

（答）そのとおり。

問 16 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）と外用薬が同時に処方された場合、調剤管理料１及び調剤管理料２を同時に算定可能か。

（答）不可。内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬を除く。）以外のみが処方された場合、調剤管理料２を算定する。

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- 複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は２回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

（新）　調剤管理料　調剤管理加算

イ　初めて処方箋を持参した場合　３点

ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

［施設基準］
重複投薬等の解消に係る取組の実績（過去一年間に服用薬剤調整支援料を１回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

(９) 調剤管理加算

ア 調剤管理加算は、複数の保険医療機関から合計で６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者であって、初めて処方箋を持参した場合又は２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により内服薬の変更又は追加があった場合に、患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、重複投薬、相互作用等の有無を確認した上で、手帳、オンライン資格確認等システムを活用した薬剤情報や特定健診等情報、薬剤服用歴等、直接患者又はその家族等から収集した服薬状況等の情報等に基づき、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的分析を行った場合に処方箋受付１回につき算定する。

イ 算定に当たっては、調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じ処方医に情報提供すること。

ウ アにおいて確認した服薬状況等の情報及び薬学的分析の要点について薬剤服用歴等に記載する。

エ 調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。

オ 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。

15

15

カ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、
「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html
「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html
「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17788.html
及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf
等を参考にすること。

キ 「２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合」とは、薬剤服用歴等が保存されている患者において、当該保険薬局で調剤している内服薬について、処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合又は内服薬の種類数が１種類以上増加した場合をいう。なお、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更は、内服薬の種類が変更した場合に含めない。

16

16

【調剤管理加算】

問 17 同一保険医療機関の複数診療科から合計で６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、調剤管理加算は算定可能か。

（答）不可。

問 18 複数の保険医療機関から合計で６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、当該患者の複数の保険医療機関が交付した処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、処方箋ごとに調剤管理加算を算定可能か。

（答）算定不可。複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、調剤管理加算は１回のみ算定できる。

問 19 「初めて処方箋を持参した場合」とは、薬剤服用歴に患者の記録が残っていない場合と考えてよいか。

（答）よい。ただし、薬剤服用歴等に患者の記録が残っている場合であっても、当該患者の処方箋を受け付けた日として記録されている直近の日から３年以上経過している場合には、「初めて処方箋を持参した場合」として取り扱って差し支えない。

17

17

問 20 「処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合」とは、処方されていた内服薬について、異なる薬効分類の有効成分を含む内服薬に変更された場合を指すのか。

（答）そのとおり。

問 21 調剤管理加算の施設基準における「過去一年間に服用薬剤調整支援料を１回以上算定した実績を有していること」について、「過去一年間」の範囲はどのように考えればよいか。

（答）服用薬剤調整支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「１回以上算定した実績」を有するものとしてよい。例えば、令和４年４月 20 日に服用薬剤調整支援料を算定した場合、その翌日の令和４年４月 21 日から令和５年４月末日までの間、調剤管理加算の施設基準を満たすこととする。

18

18

薬局における対人業務の評価体系の見直し

➢ 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

（新）　服薬管理指導料

１　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	**４５点**
２　１の患者以外の患者に対して行った場合	**５９点**
３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	**４５点**
４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	
イ　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	**４５点**
ロ　イの患者以外の患者に対して行った場合	**５９点**

［算定要件］
- 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を薬剤情報提供文書により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
- 服薬状況等を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
- 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- これまでに投薬された薬剤のうち、服用していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。
- 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に係る情報を患者に情報提供すること。
- 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。
- １の患者であって、手帳を提示しないものに対して、上記を行った場合は、２により算定する（４のイ及びロについても同様）。

（４）継続的服薬指導

保険薬剤師が、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的な確認のため、必要に応じて指導等を実施すること。

ア 保険薬剤師が、患者の服用している薬剤の特性や患者の服薬状況等に応じてその必要性を個別に判断した上で適切な方法で実施すること。

イ 保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、（３）のイに掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

ウ 患者に対して実施した指導等を行った場合は、その要点について薬剤服用歴等に記載すること。

エ 電話や情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に電子メールを一律に一斉送信すること等をもって対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて対応する必要があること。

オ 継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」（日本薬剤師会）等を参考とすること。
https://www.nichiyaku.or.jp/pharmacy-info/other/follow-up.html

薬局における対人業務の評価の充実

外来服薬支援料の見直し

➢ 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。併せて、調剤料の一包化加算を廃止する。

現 行

【外来服薬支援料】
185点

1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。
2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
3 区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

（参考）
【調剤料　一包化加算】
２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数
ロ　43日分以上の場合　240点

改定後

【外来服薬支援料】
外来服薬支援料１　185点
外来服薬支援料２
イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数
ロ　43日分以上の場合　240点

［算定要件］
1　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
2　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
3　**２については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。**

２ 外来服薬支援料２

(１) 外来服薬支援料２は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められると判断される場合に、医師の了解を得た上で、処方箋受付ごとに、一包化を行い、患者の服薬管理を支援した場合について評価するものである。

(４) 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。

(５) 患者の服薬管理を支援するため、一包化した場合には必要な服薬指導を行った上で、調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じ処方医に情報提供する。

(８) 外来服薬支援料２を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は算定できない。

【外来服薬支援料】

問 35 処方医からの一包化薬の指示がある処方箋と共に、他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を併せて薬局に持参した場合であって、処方箋に基づく調剤を行う際に全ての薬剤の一包化を行い、服薬支援を行った場合には、外来服薬支援料２は算定可能か。

（答）他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を一包化したことに対しては外来服薬支援料１、一包化薬の指示がある処方箋を一包化したことに対しては外来服薬支援料２を算定できるが、併算定不可。

23

23

令和４年度診療報酬改定

１．薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

ii）対人業務の評価の拡充

24

24

薬局における服薬指導等の業務の主な評価（令和４年改定）

基本的な服薬指導

○ 薬剤の基本的な説明
薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

○ 患者への必要な指導
患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

○ 継続的な把握等
処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施する。
➡ **服薬管理指導料（45点又は59点／１回につき）**

○ 乳幼児（６歳未満）に対する服薬指導
乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載
➡ **乳幼児服薬指導加算（12点／１回につき）**

○ 医療的ケア児に対する薬学的管理
医療的ケア児に対し、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載
➡ **小児特定加算（350点／１回につき）**

○ ハイリスク薬に対する管理指導
ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導
➡ **特定薬剤管理指導加算１（10点／１回につき）**

○ 麻薬に対する管理指導
麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導
➡ **麻薬管理指導加算（22点／１回につき）**

○ 吸入薬に対する管理指導
喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供
➡ **吸入薬指導加算（30点／３月に１回まで）**

追加的な対応

○ 医療機関への情報提供
保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定
➡ **服薬情報等提供料（20又は30点／月１回まで、50点／３月に１回まで）**

○ 残薬への対応
① 自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
② 患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定
➡ **外来服薬支援料１（185点／月１回まで）**

○ 一包化による服薬支援
多種類の薬剤を投与されている患者等に対して、一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援
➡ **外来服薬支援料２（34点／７日分ごと、240点／43日分以上）**

○ ポリファーマシー対策
保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が２種類以上減少した場合に算定
➡ **服用薬剤調整支援料１（125点／月１回まで）**
保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定
➡ **服用薬剤調整支援料２（110点又は90点／3月に１回まで）**

○調剤後のフォローアップ
薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定
➡ **特定薬剤管理指導加算２（100点／月１回まで）**
インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定
➡ **調剤後薬剤管理指導加算（60点／月１回まで）**

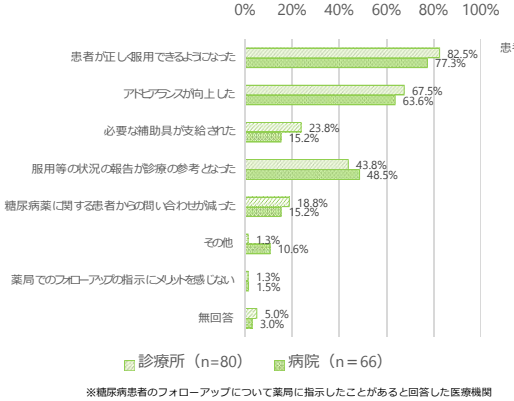
25

25

糖尿病患者のフォローアップについて

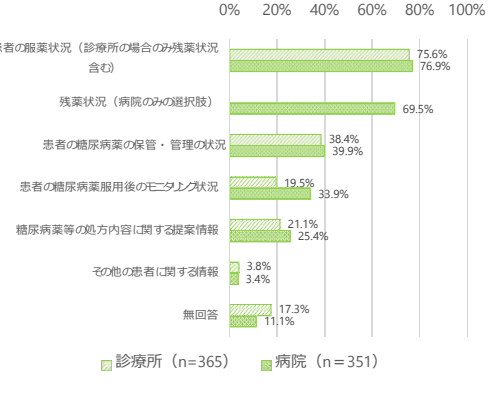
○ 糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合、保険医療機関が感じるメリットとして、「患者が正しく服用できるようになった」、「アドヒアランスが向上した」、「服用等の状況の報告が診療の参考になった」という回答が多かった。
○ 糖尿病患者のフォローアップに関して、保険医療機関において診療に役立つ情報として、保険薬局から共有される「患者の服薬状況」、「残薬状況」、「患者の糖尿病薬の保管・管理の状況」という回答が多かった。

糖尿病患者のフォローアップを薬局に指示した場合のメリット（複数回答）※



※糖尿病患者のフォローアップについて薬局に指示したことがあると回答した医療機関

糖尿病患者のフォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つ情報（複数回答）



出典：令和２年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（R3かかりつけ薬剤師調査）速報値

26

26

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－③

薬局における対人業務の評価の充実

調剤後薬剤管理指導加算の見直し

➢ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

現 行	改定後
【薬剤服用歴管理指導料　調剤後薬剤管理指導加算】 調剤後薬剤管理指導加算　30点	【**服薬管理指導料**　調剤後薬剤管理指導加算】 調剤後薬剤管理指導加算　**60点**

［対象保険薬局］
地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

［対象患者］
インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

［算定要件］
患者等の求めに応じて、
① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供
を行った場合に算定する。

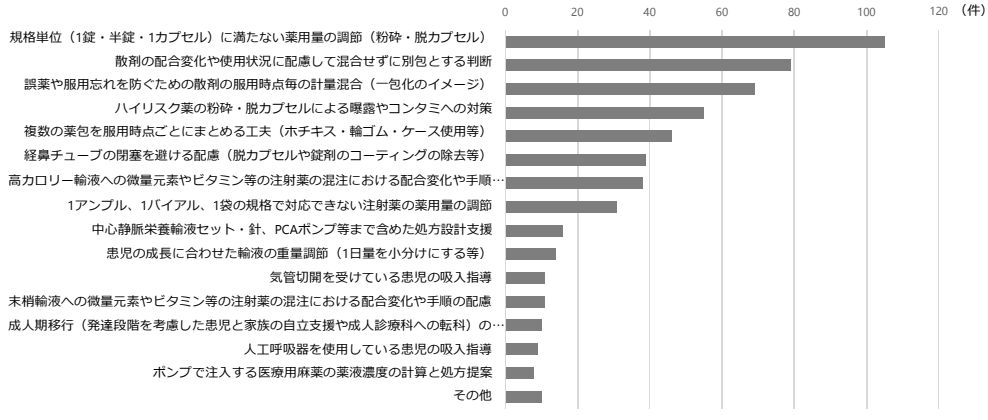
27

27

医療的ケア児の調剤を行う上で配慮すべき薬学的管理

○　医療的ケア児の調剤を行う上で配慮すべきこととしては、「粉砕や脱カプセルなどの規格単位に満たない薬用量の調節」、「散剤の配合変化等による別包包装」や「ハイリスク薬の粉砕・脱カプセルによる曝露やコンタミへの対策」などの調剤上の対応が回答として多かった。

医療的ケア児の調剤を行う上で特別に配慮すべき薬学的管理（回答薬局数=207，複数回答）



出典：医療的ケア児に対する薬学的ケアの実態調査（日本薬剤師会）

28

28

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

➢ 保険薬局において、医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

［算定対象］
児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者（18歳未満の患者）

【服薬管理指導料】
（新）　小児特定加算　　350点
［算定要件］
調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合に加算する。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】
（新）　小児特定加算　　450点
［算定要件］
患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に加算する。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
全国の医療的ケア児（在宅）は約２万人〈推計〉

児童福祉法
第五十六条の六 第二項
地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。

【小児特定加算】

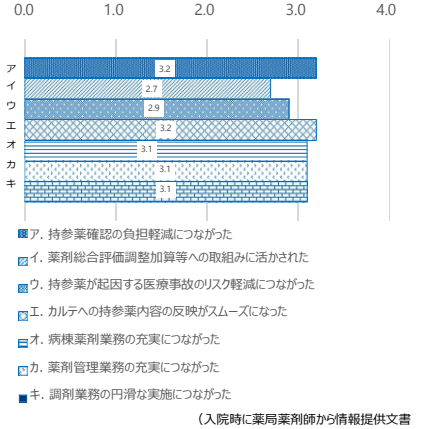
問 39 小児特定加算の対象患者について、「児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である患者」であることは、どのように確認するのか。

（答）国や地方自治体が発行する手帳の確認、処方医への問合せ等の適切な方法により確認すること。なお、確認できない場合は、当該加算は算定できない。

医療機関における入院時の持参薬整理

○ 入院時における薬局薬剤師からの情報提供文書については、「持参薬確認の負担軽減につながった」や「持参薬が起因する医療事故のリスク軽減につながった」といった回答が多かった。

入院時における薬局薬剤師との情報連携において薬局薬剤師からの情報提供文書の有用性※1

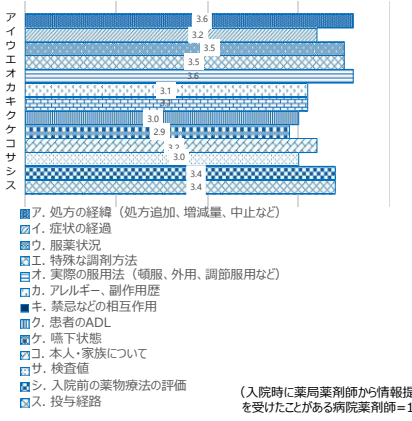


（入院時に薬局薬剤師から情報提供文書を受けたことがある病院薬剤師=11）

※1　1:思わない、2:どちらかといえば思わない、3:どちらかといえばそう思う、4:そう思う

出典:平田恭洋ら，レギュラトリーサイエンス学会誌，12巻1号掲載予定（2022年1月末発刊予定）

これまで薬局薬剤師から提供された情報提供文書について、有用であった内容※2



（入院時に薬局薬剤師から情報提供文書を受けたことがある病院薬剤師=11）

※2　1:有用でない、2:どちらかといえば有用でない、3:どちらかといえば有用である、4:有用である

薬局における対人業務の評価の充実

服薬情報等提供料の見直し

➢ 服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合の評価を新設する。

（新）服薬情報等提供料３　　５０点（３月に１回に限り）

［算定要件］
- 入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。
- これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

（参考）服薬情報等提供料１・２

服薬情報等提供料１　　30点
服薬情報等提供料２　　20点

［算定要件］
１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

(４) 服薬情報等提供料３は、以下の場合に算定できる。

ア 入院を予定している患者について、保険医療機関の求めがあった場合において、患者が服用中の薬剤について、当該患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、患者が入院を予定している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。

イ 保険医療機関の求めについては、患者が入院を予定している保険医療機関からの求めのほか、患者が受診している他の保険医療機関からの求めを含む。

ウ 患者の服用薬等については、当該保険薬局で調剤した薬剤、他の保険薬局で調剤された薬剤、保険医療機関で院内投薬された薬剤等を一元的に把握すること。

エ 算定に当たっては、別紙様式１－２又はこれに準ずるものを用いて、以下の内容について保険医療機関への情報提供を行うこと。
https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907843.pdf
・受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
・服用中の薬剤の一覧
・患者の服薬状況
・併用薬剤等の情報

~~オ 入院を予定している患者の持参薬整理を行わない場合は、服薬情報等提供料３は算定できない。~~

33

33

(５) 保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。
ア 当該患者の服用薬及び服薬状況
イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
ウ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

(６) 服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えや自覚症状がある場合には、患者の自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

(７) (５)のウについては、処方箋の記入上の疑義照会等では算定できない。

(８) 保険医療機関への情報提供については、患者１人につき同一月に２回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月１回に限り算定できる。

34

34

(９) 保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式１－１、別紙様式１－２又はこれに準ずる様式の文書等に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書等の写しを薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存しておく。

(10) (３)のアについて、患者の服薬期間中に情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴等の記録に記載する。

(11) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。また、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料若しくは在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に係る情報提供を行った場合は算定できない。

35

35

【服薬情報等提供料】

問 42 服薬情報等提供料１を算定する患者について、同一月内に服薬情報等提供料３は算定可能か。

（答）異なる内容について情報提供を行う場合は、算定可。

問２ 服薬情報等提供料について、「保険医療機関への情報提供については、患者１人につき同一月に２回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする」こととされているが、服薬情報等提供料１、２又は３をそれぞれ同一月に１回算定することは可能か。

（答）可能。ただし、同一の情報を同一保険医療機関に対して提供した場合は算定できない。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料１及び２については月１回に限り、服薬情報等提供料３については３月に１回に限り算定可。

36

36

問３ 服薬情報等提供料３について、「必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行う」とあるが、服用薬の整理の要否については、薬剤師の判断によるという理解でよいか。

（答）そのとおり。ただし、当該患者が保険薬局に持参した服用薬の現品を確認した上で判断すること。

問４ 服薬情報等提供料３について、保険医療機関への情報提供時又は患者の次回来局時に算定できるという理解でよいか。

（答）そのとおり。

問 43 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関への情報提供を行った場合は算定できないこととされているが、当該保険医療機関が不明である場合は算定できるのか。

（答）不可。

37

37

話は変わりますが・・・
服薬情報等提供料 2 について

算定要件

１５の５ 服薬情報等提供料
１ 服薬情報等提供料１ 30点
２ 服薬情報等提供料２ 20点
３ 服薬情報等提供料３ 50点

注１ １については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

２ ２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

算定要件だけ見ると、患者からの電話での問い合わせ等に対して情報提供、指導することで、医療機関への情報提供をしなくても算定できるように見えるが・・

３ ３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
４ 略
５ 略

38

38

留意事項通知

（３）服薬情報等提供料２は、以下の場合に算定できる。

ア 患者又はその家族等の求めがあった場合、患者の同意を得て、次に掲げる情報等の内容について、患者又はその家族等に対して速やかに提供等し、当該情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を次回以降の来局時に行った場合。
(イ) 緊急安全性情報、安全性速報や医薬品・医療機器等安全性情報など、処方箋受付時に提供した薬剤情報以外の情報で患者の服薬期間中に新たに知り得た情報
(ロ) 患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導

費用面も含めた患者の同意はア・イとも必要

（イ）緊急安全性情報等と、
（ロ）服用状況に関わる確認・指導
が対象
医療機関への情報提供は不要

イ 保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する（５）のアからウまでに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合。これには、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、処方箋を発行した保険医療機関に対して情報提供を行った場合が含まれる。

（５）保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。
ア 当該患者の服用薬及び服薬状況
イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
ウ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

（５）のアからウの内容と、
残薬に関わる情報が対象
医療機関への情報提供が必要

39

39

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－③

薬局における対人業務の評価の充実

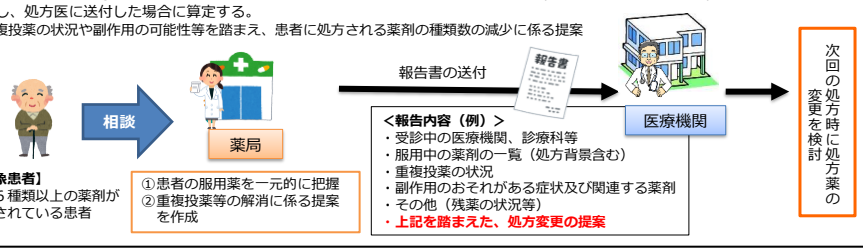
服用薬剤調整支援料２の見直し

➢ 服用薬剤調整支援料２について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

現 行	改定後
【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料２　100点	【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料２ イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合　110点 ロ　イ以外の場合　90点 ［施設基準］ 重複投薬等の解消に係る実績を有していること。

（参考）**服用薬剤調整支援料２**

［算定要件］
複数の保険医療機関より６種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案（※）を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。
※　重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



40

40

第 101 服用薬剤調整支援料２

１ 服用薬剤調整支援料２のイに関する施設基準

(１) 重複投薬等の解消に係る実績として、内服を開始して４週間以上経過した内服薬６種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行った結果、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が２種類以上（うち少なくとも１種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が４週間以上継続したことが過去一年間に１回以上あること。

(２) 前年３月１日から当年２月末日までの重複投薬等の解消に係る実績をもって該当性を判断し、当年４月１日から翌年３月 31 日まで適用する。ただし、前年３月１日から当年１月末日までに新規指定された保険薬局の場場合場合は、指定された日に属する月の翌月から、当年２月末までの実績をもって該当性を判断する。

(３) (１)について、服用薬剤調整支援料１を算定していない場合においても、重複投薬等の解消に係る提案及び実績について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、提案の記録については、提案に係る文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存することで差し支えない。

２ 届出に関する事項
服用薬剤調整支援料２のイに係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。

41

41

(ハ) ポリファーマシーへの対策の観点から、
「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000208848.html

「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html

及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf

等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/20161117_01.html

なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

42

42

薬局における対人業務の評価の充実

➢ かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。

（新）服薬管理指導料の特例
（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）　59点

［算定対象］
当該保険薬局における直近の調剤において、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者

［算定要件］
やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき、算定する。

［施設基準］
別に厚生労働大臣が定めるものは、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者※（１名に限る。）であること。

※「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。
（１）　保険薬剤師として３年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
（２）　当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。

13 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

(１) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（１名までの保険薬剤師に限る。以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定できる。

(３) 算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ別紙様式２**を参考に作成した文書で**患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603921.pdf（参考）

疑義解釈資料の送付について（その１）

【服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】

問２６～３２

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000923563.pdf

２．薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

○ 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。

○ 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
  →医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
  →規模が大きいことによるメリットがある

➡ 医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価

➡ 体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

<施設基準>

（１） 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
　　⇒　調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
（２） 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
（３） 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
（４） 一定時間以上の開局
（５） 十分な数の医薬品の備蓄、周知
（６） 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
（７） 24時間調剤、在宅対応体制の整備
（８） 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
（９） 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
（10） 医療安全に資する取組実績の報告
（11） 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価

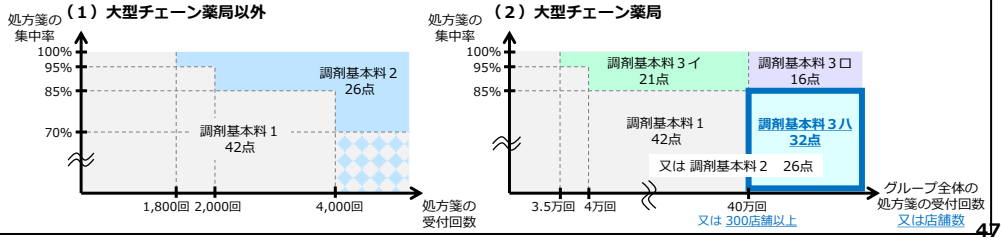
➡ 後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

➢ 調剤基本料３のロの対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中率	
調剤基本料１		調剤基本料２・３、特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料２		① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ －	26点
調剤基本料３	イ	同一グループで処方箋受付回数が**月３万５千回超～４万回**	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が**月４万回超～40万回**	85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が**月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上**		16点
	（新）ハ	**同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上**	**85%以下**	**32点**



特別調剤基本料の見直し

いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料等の見直し

➢ 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

現 行

【特別調剤基本料】
［算定要件］
処方箋の受付１回につき９点を算定する。

改定後

【特別調剤基本料】
［算定要件］
処方箋の受付１回につき**７点**を算定する。

➢ 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

現 行

【地域支援体制加算】【後発医薬品調剤体制加算】
［算定要件］
所定点数に加算する。

改定後

【地域支援体制加算】【後発医薬品調剤体制加算】
［算定要件］
区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数を所定点数に加算する。

➢ 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。

改定後

【服薬情報等提供料】

［算定要件］
区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

地域医療に貢献する薬局の評価

➢ 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

（１） 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
（２） 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
（３） 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
（４） 一定時間以上の開局
（５） 十分な数の医薬品の備蓄、周知
（６） 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
（７） 24時間調剤、在宅対応体制の整備
（８） 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
（９） 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
（10） 医療安全に資する取組実績の報告
（11） 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

（１薬局当たりの年間の回数）
❶ 麻薬小売業者の免許を受けていること。
❷ 在宅薬剤管理の実績　**24回**以上
❸ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
❹ 服薬情報等提供料の実績　12回以上
❺ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に１回以上出席

（①～⑧は処方箋１万枚当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数）
① 夜間・休日等の対応実績　400回以上
② 麻薬の調剤実績　10回以上
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績　40回以上
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績　40回以上
⑤ 外来服薬支援料の実績　12回以上
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績　１回以上
⑦ 単一建物診療患者が１人の在宅薬剤管理の実績　**24回**以上
⑧ 服薬情報等提供料の実績　60回以上
⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席

調剤基本料１

地域支援体制加算１　38点　⇒　**39点**

❶～❸を満たした上で、❹又は❺を満たすこと。

（新）地域支援体制加算２　**47点**

地域支援体制加算１の要件を満たした上で、①～⑨のうち３つ以上を満たすこと。

調剤基本料１以外

（新）地域支援体制加算３　**17点**

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む３つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算４　38点　⇒　**39点**

①～⑨のうち、８つ以上を満たすこと。

［経過措置］
- 令和４年３月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和５年３月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- 令和４年３月31日時点で調剤基本料１を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料３の八を算定することになった薬局については令和５年３月31日まで調剤基本料１を算定しているものとみなす。

地域医療に貢献する薬局の評価

➢ 地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）調剤基本料　連携強化加算　２点

［算定要件］
地域支援体制加算に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合に所定点数を加算する。

［施設基準］
- 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。
- 上記の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
  - ア　災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。
  - イ　都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。
  - ウ　災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。
- 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

１．「連携強化加算」に係る施設基準等の具体的な取扱いについて

連携強化加算の施設基準等の具体的な取扱いについては、次に掲げる体制等が整備されていること等をいうものであること。

(１)「災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること」について（第92の２の(１)のア）

① 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の提供施設として薬局機能を維持し、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行うこと。また、災害の発生時における薬局の体制や対応について手順書等を作成し、薬局内の職員に対して共有していること。

② 災害や新興感染症の発生時等において、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行うことについて、薬局内で研修を実施する等、必要な体制の整備が行われていること。

51

51

(２)「都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること」について（第92の２の(１)イ）

災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会、研修又は訓練等に参加するよう計画を作成すること。また、協議会、研修又は訓練等には、年１回程度参加することが望ましい。なお、参加した場合には、必要に応じて地域の他の保険薬局等にその結果等を共有すること。

(３)「災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること」について（第92の２の(１)ウ）

災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表していること。また、自治体や関係団体等（都道府県薬剤師会又は地区薬剤師会等）のホームページ等においても、災害や新興感染症の発生時等に係る対応等が可能である旨、広く周知されていることが望ましい。

52

52

(４)「災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと」について（第92の２の(２)）

ＰＣＲ等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録され、当該事業を実施していること。また、当該検査実施事業者として登録されていることについて、自治体等のホームページ等において広く周知されていること。

２．届出について

(１) 施設基準通知の別添２の様式87の３の４に必要事項を記載した上で地方厚生（支）局へ届出を行うこと。

(２) １.(４)について、当該検査実施事業者として登録されていることについて、自治体等のホームページ等で公表されていることが確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

３．本取扱いについては、令和４年４月から当面の間の取扱いを示すものであり、今後、見直す可能性があることに留意すること。

53

【連携強化加算】

問５ 地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局において、必要な体制等が整備された場合に、地域支援体制加算の届出とは別に連携強化加算の届出を行ってよいか。

（答）よい。

54

後発医薬品の使用促進について

【今後の対応】

- ✓ 後発医薬品メーカーの不祥事による後発医薬品使用割合の変化・傾向を注視
- ✓ 後発医薬品使用割合の見える化を地域や医療機関等の別に着目して拡大することを2021年度中に実施に向けて検討

→NDBを活用し、都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関等の別の後発医薬品使用割合の見える化を検討し（2021年度中）、早期に実施
分析結果を都道府県に提供することにより、都道府県は後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等の場において使用促進策に活用し、全体の底上げを図る

＜新たな目標＞

・後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進める
・後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%※以上とする
※NDBデータにおける後発医薬品割合
＜参考：2020年3月後発医薬品数量割合 77．9%＞

※バイオシミラーに係る新たな目標について、バイオシミラーの特性や医療費適正化効果を踏まえて引き続き検討

55

55

令和４年度診療報酬改定　Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進－①

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

現 行		改定後	
後発医薬品調剤体制加算１（75%以上）	１５点		
後発医薬品調剤体制加算２（80%以上）	２２点	後発医薬品調剤体制加算１（80%以上）	２１点
後発医薬品調剤体制加算３（85%以上）	２８点	後発医薬品調剤体制加算２（85%以上）	２８点
		後発医薬品調剤体制加算３（90%以上）	３０点

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

現 行	改定後
【調剤基本料】 ［算定要件］ 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から２点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 ［施設基準］ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	【調剤基本料】 ［算定要件］ 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から５点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 ［施設基準］ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

［経過措置］
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和４年９月30日までの間は現在の規定を適用する。

56

56

３．在宅業務の推進（調剤報酬）

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（１）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合	 ６５０点 ３２０点 ２９０点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師１人 週４０回まで 患者１人につき 月４回まで ※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週２回かつ月８回まで
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	１００点 ２５０点		
乳幼児加算 小児特定加算	１００点 ４５０点		
在宅中心静脈栄養法加算	１５０点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料	５９点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	２２点		
乳幼児加算 小児特定加算	１２点 ３５０点		
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 １　計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 ２　１以外の場合	 １：５００点 ２：２００点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月４回まで
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	１００点 ２５０点		
乳幼児加算 小児特定加算	１００点 ４５０点		
在宅中心静脈栄養法加算	１５０点		
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	５９点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	２２点		
乳幼児加算 小児特定加算	１２点 ３５０点		

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（２）

項目	点数	内容	回数
○**在宅患者緊急時等共同指導料**	７００点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月２回まで
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	１００点 ２５０点		
乳幼児加算 小児特定加算	１００点 ４５０点		
在宅中心静脈栄養法加算	１５０点		
○**在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料** ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	４０点 ３０点	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
○**経管投薬支援料**	１００点		初回のみ
○**（調剤料）在宅患者調剤加算**	１５点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	

（参考） 介護報酬	○　居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・単一建物居住者が１人の場合　517単位　（麻薬指導加算　＋100単位） ・単一建物居住者が２～９人の場合　378単位　（麻薬指導加算　＋100単位） ・単一建物居住者が１０人以上の場合　341単位　（麻薬指導加算　＋100単位）

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

➢ 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。

現 行

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
［算定要件］
訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定。

改定後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
［算定要件］
訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医**又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医**の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定。

※　在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理

○ 医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法を実施している患者への薬学的管理としては、処方提案や特定保険医療材料、医療機器の使用説明に加えて、疼痛状況の確認、配合変化の確認、カテーテル感染症防止対策など、特別な在宅薬学管理が必要となる。

	医療用麻薬持続注射療法	在宅中心静脈栄養法
患者像	在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法を行っている入院中以外の末期の悪性腫瘍患者	在宅中心静脈栄養法を行っている患者
特定保険医療材料	・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ ・ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器	・在宅中心静脈栄養用輸液セット（本体・付属品）
薬剤師の役割	・処方提案（薬液濃度、流速、容量、PCAポンプ、ルート等） ・PCAポンプ等の使用に関する指導（高度管理医療機器販売業許可あり） ・レスキューの使用回数の確認、評価スケールを活用した疼痛状況の確認 ・残液等の状況や副作用の状況について処方医へのフィードバック ・自宅環境に配慮した指導（例：携帯型ディスポーザブルポンプは気温によって流速が変化するなど）	・処方提案（中心静脈栄養輸液セット、針、ポンプ等） ・輸液セットや機械式注入ポンプなどの使用に関する指導（高度管理医療機器販売業許可あり） ・輸液の保存性に配慮した分割調剤、頻回訪問、運搬の検討・実施 ・カテーテル感染症防止対策（輸液セット刺し口の消毒、手技実施時の手洗い方法等）、栄養状態等を踏まえた服薬指導
	・退院調整（退院時カンファレンス、病院薬剤部との事前調整） ・訪問看護との連携（訪問看護の訪問スケジュール、ルート交換タイミング確認など）	・院外処方可能な処方提案（院外処方可能な注射薬が限られている） ・消毒液や医療衛生材料の供給

出典：第十四改訂　調剤指針　日本薬剤師会編

61

61

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－㉒

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

➢ 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

（新）在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算　　250点

［算定要件］

在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、**その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に１回につき所定点数に加算する。この場合において、注３に規定する加算（麻薬管理指導加算）は算定できない。

［施設基準］

（１）麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

（２）医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

62

62

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

（新）在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅中心静脈栄養法加算　150点

［算定要件］
在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、**その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に１回につき所定点数に加算する。

［施設基準］
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

退院時共同指導料の見直し

- 退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。
- 薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

現 行

【退院時共同指導料】
［算定要件］
保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。

［留意事項］
退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の別添３の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の３者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち２者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

改定後

【退院時共同指導料】
［算定要件］
保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、**薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士**と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。
［留意事項］
退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

（削除）

※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

【在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算】

問 40 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算について、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様に、処方箋受付がない場合であっても算定可能か。

（答）算定可。在宅患者中心静脈栄養法加算についても同様である。

【在宅中心静脈栄養法加算】

問 41 在宅中心静脈栄養法加算について、薬剤調製料の無菌製剤処理加算（中心静脈栄養法用輸液）との併算定は可能か。また、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算との併算定は可能か。

（答）いずれも併算定可。

【在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算】
問１ 「在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない」とあるが、これらの加算は併算定不可ということか。

（答）そのとおり。なお、麻薬管理指導加算を算定する日以外の日に在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定し、要件を満たせば、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定できる。

４．ICTの活用

オンライン服薬指導に係る薬機法に基づくルールの改正について

○ 0410事務連絡の実績や規制改革実施計画等を踏まえ、薬機法に基づくルールの改正（省令・通知）について、検討中。
○ オンライン診療の議論も鑑みながら、年度内の公布・施行を目指す。

	＜現行＞薬機法に基づくルール	0410事務連絡	＜改正方針＞薬機法に基づくルール
実施方法	初回は対面（オンライン服薬指導不可）	初回でも、薬剤師の判断により、電話・オンライン服薬指導の実施が可能 ※薬剤師が判断する上で必要な情報等について例示	初回でも、薬剤師の判断と責任に基づき、オンライン服薬指導の実施が可能 ※薬剤師が責任を持って判断する上で必要な情報等について例示
通信方法	映像及び音声による対応（音声のみは不可）	電話（音声のみ）でも可	映像及び音声による対応（音声のみは不可）
薬剤師	原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施 ※やむを得ない場合に当該患者に対面服薬指導を実施したことのある当該薬局の薬剤師が当該薬剤師と連携して行うことは可	かかりつけ薬剤師・薬局や、患者の居住地にある薬局により行われることが望ましい	かかりつけ薬剤師・薬局により行われることが望ましい
診療の形態	オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋 ※介護施設等に居住する患者に対しては実施不可	どの診療の処方箋でも可能（オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋に限られない）	どの診療の処方箋でも可能（オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋に限られない）
薬剤の種類	これまで処方されていた薬剤又はこれに準じる薬剤（後発品への切り替え等を含む。）	原則として全ての薬剤（手技が必要な薬剤については、薬剤師が適切と判断した場合に限る。）	原則として全ての薬剤（手技が必要な薬剤については、薬剤師が適切と判断した場合に限る。）
服薬指導計画	服薬指導計画を策定した上で実施	特に規定なし	服薬指導計画と題する書面の作成は求めず、服薬に関する必要最低限の情報等を明らかにする

67

67

薬生発0331第17号
令和４年３月31日

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について（オンライン服薬指導関係）

https://www.mhlw.go.jp/content/000922763.pdf

68

68

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

➢ 外来診療を受けた患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

現 行

【薬剤服用歴管理指導料】
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　43点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月１回に限り所定点数を算定する。この場合において、注４から注10までに規定する加算※は算定できない。

※ 麻薬等加算、乳幼児服薬指導加算、吸入薬指導加算　等

［施設基準］
・薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する保険薬局の施設基準
(1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2) 当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。
①　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料
②　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
・薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する厚生労働大臣が定めるもの
原則三月以内に区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料１又は２を算定したもの

改定後

【服薬管理指導料】
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者　45点
ロ　イの患者以外の患者　59点

［算定要件］
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、**処方箋受付１回につき**所定点数を算定する。**ただし、イの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、ロにより算定する。**

※　服薬管理指導料の加算については、要件を満たせば対面による服薬指導を行った場合と同様に算定可能

［施設基準］
（削除）

（削除）

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

➢ 在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価を見直す。

現 行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料
在宅患者オンライン服薬指導料】
57点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月１回に限り57点を算定する。この場合において、注３及び注４に規定する加算並びに区分番号１５の６に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

［施設基準］
十一の二　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する施設基準
区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料の４に係る届出を行っている保険薬局であること。

十一の三　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する厚生労働大臣が定めるもの
区分番号１５の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの

改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料
在宅患者オンライン薬剤管理指導料】
59点

［算定要件］
在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。

※　麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算については、外来患者に係る点数と同じ点数を算定可能。

［施設基準］
（削除）

（削除）

※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その69）

問７ 令和４年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、服薬管理指導料が新設されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 10）」（令和２年４月 10 日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「４月 10 日事務連絡」という。）等に示されている、保険薬局において①電話や②情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合の取扱いについて、令和４年４月１日以降はどのように考えればよいか。

（答）令和４年４月１日以降は、以下の取扱いとする。

① 電話を用いて服薬指導を行った場合は、改定後の調剤点数表における服薬管理指導料等の算定要件を満たせば、令和４年４月１日以降は、引き続き旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の点数（注に規定する加算（注５に規定する加算を除く。）を含む。）等を算定できる。

② 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の調剤点数表における服薬管理指導料４等を算定できる。なお、４月 10 日事務連絡の２に基づく情報通信機器を用いた服薬指導に係る特例的な取扱いは廃止する。

71

71

問８ 令和４年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、在宅患者オンライン薬剤管理指導料に係る改定が行われたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 14）」（令和２年４月 24 日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「４月 24 日事務連絡」という。）別添の問８及び問９に示されている、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者に対して①電話や②情報通信機器を用いて薬学的管理指導を行った場合の取扱いについて、令和４年４月１日以降はどのように考えればよいか。

（答）令和４年４月１日以降は、以下の取扱いとする。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、
① 電話を用いて薬学的管理指導を行った場合は、４月 24 日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、令和４年４月１日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の「１」に掲げる点数を算定できる。

② 情報通信機器を用いた薬学的管理指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の調剤点数表における在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定できる。なお、４月 24 日事務連絡別添の問８に基づく情報通信機器を用いた薬学的管理指導に係る特例的な取扱いは廃止する。

居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者については、４月 24 日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、同一月内において一度も居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定しなかった場合に限り、令和４年４月１日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料に掲げる点数を算定できる。

72

72

区分１５の４ 退院時共同指導料
(１) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、医科点数表の第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

(２) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(３) (２)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(４) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

(５) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴等に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴等に添付する。

(６) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

73

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

➢ 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

（新）　調剤管理料　電子的保健医療情報活用加算　３点（月１回まで）

［算定対象］
オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

［算定要件］
保険薬局において、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合に月１回に限り所定点数に加算する。

（※）健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、**当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等**にあっては、令和６年３月31日までの間に限り、３月に１回に限り**１点**を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

74

【電子的保健医療情報活用加算】

問 22 調剤管理料の注５に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

（答）当該加算は、保険薬局においてオンライン資格確認等システムが開始され、薬剤情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険薬局であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、薬剤情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。
また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

問 23 調剤管理料の注５に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して調剤等を実施できる体制を有していることについて、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示していること」とされているが、薬局の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

（答）よい。

75

75

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－７　地域包括ケアシステムの推進のための取組－⑬

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

［留意事項］
（１）保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
（２）リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回までとする。また、１回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
（３）保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
（４）リフィル処方箋による１回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内とする。
（５）保険薬局は、１回目又は２回目（３回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
（６）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
（７）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
（８）保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

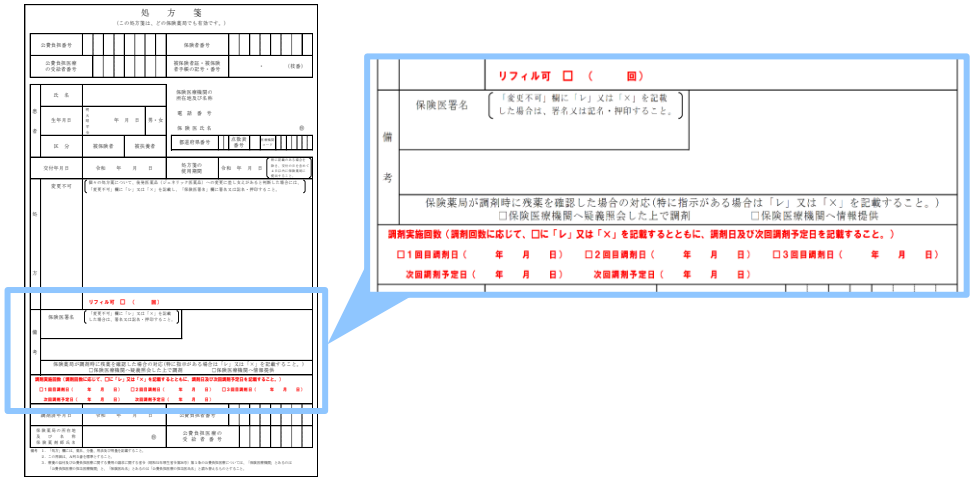
76

76

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

➢ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。



【リフィル処方】

問 254 処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要があるか。

（答）処方箋を分ける必要がある。

問 255 処方箋の交付について、リフィル処方により２種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の１回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要があるか。

（答）処方箋を分ける必要がある。

【リフィル処方箋による調剤】

問６ 「リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと」とされているが、この場合において、服薬情報等提供料は算定可能か。

（答）算定要件を満たしていれば、服薬情報等提供料１又は２を算定可。

問７ リフィル処方箋による２回目以降の調剤については、「前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内」に行うこととされているが、具体的にはどのように考えればよいか。

（答）例えば、次回調剤予定日が６月 13 日である場合、次回調剤予定日を含まない前後７日間の６月６日から６月 20 日までの間、リフィル処方箋による調剤を行うことが可能である。ただし、調剤した薬剤の服薬を終える前に次回の調剤を受けられるよう、次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。

問８ リフィル処方箋の写しは、いつまで保管する必要があるのか。

（答）当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から３年間保管すること。

問９ 一般名処方によるリフィル処方箋を受け付けた場合、２回目以降の調剤においてはどのように取り扱えばよいか。

（答）２回目以降の調剤においても、一般名処方されたものとして取り扱うことで差し支えないが、初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい。

問 10 リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後７日以外の日に受け付けた場合は、当該リフィル処方箋による調剤を行うことはできるか。

（答）不可。なお、調剤可能な日より前に患者が来局した場合は、再来局を求めるなど適切に対応すること。

５．地方厚生局への届出と報告

施設基準の届出

以下の項目については、令和４年４月以降に当該点数を算定するために届出が必要

◆ 新たに施設基準が創設されたもの

- **調剤基本料３のハ**
- **地域支援体制加算２・３**
- **連携強化加算**
- **在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算**
- **在宅中心静脈栄養法加算**

◆ 施設基準が改正されたもの

○ **調剤基本料３のロ:**

＊ 区分の変更がない場合は届出不要

○ **後発医薬品調剤体制加算１～３:**

＊ 区分の変更がない場合も届出が必要

○ **地域支援体制加算４:**

＊ 令和４年度改定で地域支援体制加算（調剤基本料１以外の場合）の実績要件について、「薬剤師１人当たり」から「処方箋１万枚当たり」に変更しており、当該加算を算定している場合であっても地域支援体制加算４を算定するためには届出が必要。

△ **地域支援体制加算１ :**

＊ 令和４年度改定で在宅薬剤管理の実績に係る要件が改正されているが、令和４年３月末日時点で、地域支援体制加算（調剤基本料１の場合）の届出をしている薬局において、地域支援体制加算１の要件を満たして令和４年４月以降に当該加算を算定する場合は届出不要。

※ 在宅薬剤管理の実績に係る要件については令和５年３月末日までの経過措置を実施。

※ 地域支援体制加算に係る経過措置については、令和５年３月末日に経過措置期間が終了することから、その時点で別途届出が必要となる予定。

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （後発医薬品減算）	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定の 施設基準については、令和４年９月30日までの間は現在の規定を適用する。（減算は５点が適用される）
2	地域支援体制加算１・２	令和４年３月末日時点で調剤基本料１を算定していた保険薬局であって、令和４年４月から調剤基本料３のハを算定することとなったものについては、令和５年３月末日までは、調剤基本料１を算定している保険薬局とみなし、要件を満たせば地域支援体制加算１・２を算定可能。 （※調剤基本料については３のハを算定）
3		令和４年３月末時点で調剤基本料１を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料１の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和５年３月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。
4	地域支援体制加算３・４	令和４年３月末時点で調剤基本料１以外を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料１以外の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和５年３月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。

施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中率	指定当初は要件なし、その後３か月の実績（特別調剤基本料等に該当する場合を除く）	～翌年３月末日まで（当年度）	様式84
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料　　等	直近１年の実績		様式87の３＋様式87の３の２ 又は87の３の３
3	在宅患者調剤加算	・在宅患者への指導実績			様式89
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近３か月の実績	次月	様式87

継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中率	前年３月１日から当年２月末日までの１年の実績（毎年３月に判断）	当年４月１日から翌年３月末日まで（次年度）	区分変更時
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料　　等			地域支援体制加算の区分変更時
3	在宅患者調剤加算	・在宅患者への指導実績			
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近３か月の実績（毎月判断）	次月	区分変更時※

※　令和４年４月に引き続き後発医薬品調剤体制加算を算定する場合は、区分変更がなくても届出が必要。

減算に係る実績要件の取扱い（令和２年度改定から変更なし）

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未妥結減算 （調剤基本料の注４に係る減算）	①妥結率 ②妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を未報告	①４月１日から９月末日までの実績 ②11月末までに報告	翌年４月１日から翌々年３月末日（次年度） ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 （調剤基本料の注４に係る減算）	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	前年３月１日から当年２月末日までの１年の実績 （毎年３月に判断）	当年４月１日から翌年３月末日（次年度） ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる ※手帳減算については直近３か月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	届出不要 （随時、自局で判断） ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 （服薬管理指導料の注13）	手帳持参患者の割合	前年３月１日から当年２月末日までの１年の実績 （毎年３月に判断）		
4	後発医薬品減算 （調剤基本料の注８）	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近３か月 （毎月判断）	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	

「定例報告」は、７．１報告をさす。

６．令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（全般的事項）
1　近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（入院医療）
2　一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
3　地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
4　ＤＰＣ／ＰＤＰＳ、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

（かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療）
5　かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
6　処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
7　オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
8　精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（働き方改革）
9　医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

（在宅医療等）
10　在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（医療技術の評価）
11　診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）
12　院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）
13　調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（後発医薬品の使用促進）

14　バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（その他）

15　新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

16　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。

17　不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

18　医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

19　明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。

20　施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。